

## Revista Médica del IMSS

Volumen  
Volume **42**

Número  
Number **1**

Enero-Febrero  
January-February **2004**

*Artículo:*

**Médicos y pacientes: ¿fe o suspicacia?**

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



**Medigraphic.com**

## **Médicos y pacientes: ¿fe o suspicacia?**

**Alejandro V. Gómez Alcalá**

Coordinador Delegacional de Investigación en Salud,  
Instituto Mexicano del Seguro Social,  
Ciudad Obregón, Sonora

Es un lugar común de la literatura médica referirse a la relación del paciente con su facultativo, como el cimiento que sustenta una buena estructura diagnóstica y terapéutica. Por eso llama la atención que en la actualidad tal relación con frecuencia parezca marcadamente descompuesta, de difícil reparación, en un escenario pleno de equívocos, contradicciones y ambigüedades.

La confianza recíproca, antaño existente entre los protagonistas de la relación médico-paciente, ha salido de los consultorios médicos como consecuencia del cambio social, cediendo su lugar a la incredulidad y la suspicacia. Dicha sustitución de valores, si bien lamentable, encaja en el marco de la *posmodernidad* y la revolución de identidades sociales que caracterizara Michel Foucault.

Desde la perspectiva de la psicología social podría argumentarse que dicha transformación es explicable y que su origen está en el agotamiento del modelo moderno de convivencia y en el reemplazo de las fórmulas *modernas* (confianza en el progreso, imperio de la razón, postulación de metas ideales y un fuerte sentido de la responsabilidad) por las *posmodernas* (consumo masificado, hedonismo, contracultura, austeridad mínima, menor represión y mayor tolerancia).

La prevalencia en la vida cotidiana de este cambio de actitud ha significado el abandono de las leyes homogéneas y universales, de las reglas uniformes, de la primacía de una voluntad universal con fuerza de imperativo moral que exigía la sumisión y abnegación a un ideal, características de la sociedad moderna y disciplinaria sobre la que se moldeó el arquetipo de la relación médico-paciente. Gilles Lipovetski piensa que este relevo ocurre como una nueva estrategia de control de las sociedades humanas, instrumentada mediante la seducción del consumo de objetos o imágenes, de la relativización de todo y de la prevalencia de los valores permisivos.

La relación médico-paciente posmoderna rompe con su predecesora de una manera terminante, ocurre como consecuencia de un derecho políticamente concertado —acción y reacción—, que paradójicamente condiciona suspicacia por parte del usuario. Por si eso fuera poco, el cambio operado en la personalidad de los protagonistas ha sido decisivo.

En el médico se identifica una visión más comercial-empresarial y menos altruista de lo que ha sido históricamente. Los conflictos de intereses se han vuelto cotidianos, la ética del deber se ha ablandado y es evidente un gran celo por la competencia de los pares y una mayor búsqueda de bienes materiales.

Por su parte, el paciente ha desertado de su condición pasiva para adoptar la de consumidor con su respectiva escala de valores: impaciencia e intransigencia en la obtención de resultados, desconfianza y cuestionamiento sobre las decisiones terapéuticas, demanda de opciones y de garantías, y privilegio del gusto y las comodidades al menor costo.

En consecuencia, la relación médico-paciente tiende a ser una interacción fría, impersonal, automática y muchas veces antitética, donde los personajes principales interactúan en un escenario desconocido, sin un guión establecido y repleto de actores secundarios con aspiraciones de protagonistas.

Sin embargo, ambas partes añoran la imagen de lo que el otro fue y lamentan los cambios, sin percatarse que la transformación de la medicina en un servicio tecnificado y mercantil —siguiendo la lógica del capitalismo tardío de Mandel— ha originado que la relación deje de ser *fiduciaria* (de fide, fe) para convertirse en arancelaria.

A pesar de lo anterior, no es la medicina privada la que muestra con mejor claridad la distorsión de la relación médico-paciente, sino las unidades asistenciales y los hospitales públicos. Ello probablemente obedezca a la afinidad de estas instituciones por los esquemas administrativos de corte tayloriano sustentados en la reducción de costos. La equiparación de las clínicas y hospitales con líneas de producción de diagnósticos y tratamientos ha contribuido también a lesionar el binomio, reduciéndolo a un papel subsidiario, casi cosmético.

Adicionalmente, la crisis estructural que afrontan las instituciones asistenciales de salud ha originado una *redistribución no equitativa de las responsabilidades aparentes*, asignando nuevos papeles de actuación a pacientes y a médicos, con desventajas para estos últimos.

Todas las instituciones mexicanas de servicios médicos han realizado un gran esfuerzo por equilibrar los escasos ingresos con los grandes gastos vinculados a la economía real y la oferta tecnológica; a pesar de ello, con frecuencia dejan insatisfechos a sus usuarios, que son convencidos de adoptar el papel de *quejosos*. Y aunque son numerosos los participantes en los procesos de atención, son los médicos quienes configuran el rostro de la institución ante el usuario y, por lo tanto, los responsables aparentes de las debilidades y limitaciones del sistema asistencial.

La actitud histórica del médico institucional ha sido de lealtad y solicitud. Los médicos encuentran la manera de ofrecer el servicio: incorporan al paciente a un escenario médico-quirúrgico que en ocasiones dista de ser *óptimo*. Desestiman las carencias y debilidades de la institución ante el paciente, buscando alternativas que las subsanen. Pero, al hacerlo, someten a las instituciones a una verdadera prueba de capacidad resolutive de la que en ocasiones no salen airoso. Paradójicamente, el médico induce la falla institucional, puesto que muchas de las debilidades de clínicas y hospitales sólo serán notorias después de que el médico ha actuado y ha surgido alguna complicación. Para el paciente no es clara la distinción entre falla institucional y falla médica, pues la deficiencia de la que nace la queja se origina en el acto terapéutico.


Ante las dificultades financieras, los hospitales públicos invitan al equipo de salud a trabajar en condiciones subóptimas, de cara a pacientes demandantes de condiciones óptimas. El choque es natural cuando el resultado es desafortunado, y las consecuencias pueden llegar incluso a intentos de linchamiento. Cuando la institución analiza *ex post facto* la queja contra el médico, algunas decisiones tomadas por éste con el mejor criterio y buena fe pueden llegarle a parecer negligentes.

A pesar de reconocerse que en la mayoría de las limitaciones y de las querellas subyace la

escasez de recursos institucionales, la opinión pública parece preferir el enfoque coyuntural. La búsqueda de un *culpable* constituye para las instituciones una estrategia salvadora de *marketing* político. Entonces se propicia un ambiente acusador contra el equipo de salud, a lo que contribuye el efecto creado por los bufetes de abogados y las compañías aseguradoras.

¿Qué hacer? Lamentablemente los nuevos papeles del médico y el paciente han adquirido ya su carta de naturalización; pretender regresar el reloj y retomar los antiguos valores equivaldría a exponer a una y otra parte a la frustración, con consecuencias aún más penosas. La solución tal vez resida en la adecuación de la relación médico-institución para recibir a consumidores cada vez más exigentes; propiciar que el ambiente del consultorio institucional sea lo más cercano a una relación amistosa, donde prevalezcan la dignidad y el respeto en ambos sentidos. Para ello se propone:

a) Mejorar el servicio que se otorga a los pacientes en los hospitales públicos.

- b) Procurar que las instituciones consideren como valor primordial la satisfacción del usuario, no meramente su atención.
- c) Disponer de monitores de la eficacia de los procesos institucionales con sensibilidad para identificar la insatisfacción de los usuarios, y especificidad para distinguir la ineficiencia operativa de la verdadera negligencia médica.
- d) Romper el círculo vicioso de prácticas defensivas por parte del médico, e inculpadoras por parte del paciente.
- e) Adjuntar a la exhibición de la Carta de Derechos de los Pacientes, la Carta de Derechos de los Médicos.
- f) Crear la figura del *ombudsman* para paciente y médico.
- g) Informar al paciente desde el momento de su incorporación a las instituciones, de los alcances reales del sistema asistencial. Es fundamental que nadie se sienta engañado, mucho menos cuando la salud del enfermo está quebrantada y las cosas son difíciles para él y sus familiares. 

**Alejandro V.  
Gómez Alcalá.  
Médico y paciente:  
¿fe o suspicacia?**